

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 22

PROLAPSUS GÉNITAUX

APRÈS AMPUTATION PÉRINÉALE

DU RECTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 27 septembre 1939

PAR

Jean-Ernest MONNET

Né à SAINT-JEAN-D'ANGÉLY (Charente-Inférieure), le 26 avril 1914

Examineurs de la Thèse	{	MM. PAPIN, professeur	Président.
		GUYOT, professeur	{ Juges.
		DUVERGEY, professeur	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly

1939

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 22

PROLAPSUS GÉNITAUX

APRÈS AMPUTATION PÉRINÉALE

DU RECTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 27 septembre 1939

PAR

Jean-Ernest MONNET

Né à SAINT-JEAN-D'ANGÉLY (Charente-Inférieure), le 26 avril 1914

Examineurs de la Thèse	{	MM. PAPIN, professeur	Président.
		GUYOT, professeur	{ Juges.
		DUVERGEY, professeur	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, place Saint-Christoly

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale MAURIAC.	Zoologie et parasitologie MANDOUL.
id. DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique . . . GUYOT.	Clinique ophtalmologique TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie . . . ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales . . . CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants . . . CRUCHET.
Clinique d'accouchements ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale MACHEBOËUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique . . DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique . . . WANGERMEZ.
Anatomie VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques . . BONNIN.
Anatomie générale et histologie G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques . . PETGES.
Hygiène LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires . . DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales . . ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. . RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie PORTMANN.
Chimie CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée LABAT.
Botanique et matière médicale GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie . . CREYX.
Pharmacie VITTE.	Clinique odonto-stomatologique DUBECQ.
Physiologie FABRE.	

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

R. UNIV. AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie DUFOUR.	Chirurgie générale LOUBAT.
Physiologie LEIDEN.	id. MASSÉ.
Médecine générale PIÉCHAUD.	id. DARGET.
id. DELMAS-MARSALET.	id. N.
id. DE GRAILLY.	Obstétrique RIVIÈRE.
id. FONTAN.	Ophtalmologie BEAUVIEUX.
id. BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie DESPONS.
id. DERVILLÉE.	Dermatologie et syphiligraphie JOULIA.
id. N.	Physique médicale N.
Chirurgie générale CHARRIER.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie . . N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire JEANNENEY.	Ophtalmologie CABANNES (en congé).
Accouchements RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut. que . . . AURIAC.
Pathologie médicale DELMAS-MARSALET.	Anatomie J. BEAUVIEUX.
Puériculture FAUGÈRE.	Chimie minérale CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie R. SIGALAS.	Botanique GIRARD.
Médecine légale DERVILLÉE.	Pharmacie galénique MESNARD.
Urologie DARGET.	Bactériologie MOUREAU.
Législation pharmaceutique POPLAWSKI.	Physiologie PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Qui sut entourer de bonté, de tendresse et d'un dévouement infini notre jeunesse et notre adolescence.

A MON GRAND-PERE

A MON FRERE

En témoignage d'une communauté totale de sentiments et d'idées en souvenir de nos jeux, de nos études, de nos longues années de vie commune.

A MON PERE

*Officier d'Académie.
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Qui a su aussi être le meilleur de nos amis, et dont la vie toute d'honneur et de sacrifice a fait de nous ce que nous sommes.

A MES ONCLES — A MES TANTES

A TOUS MES COUSINS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. MAGENDIE

Chirurgien des Hôpitaux.

Vous nous avez inspiré le sujet de ce travail. Nous vous remercions^s des conseils éclairés que vous nous avez prodigués et vous prions de trouver ici notre témoignage de reconnaissance et de profond respect.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PAPIN

*Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Membre de la Société internationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a accueilli avec bonté à
un moment où nous étions désespéré
et a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse. En témoignage de
notre profonde gratitude.

AVANT-PROPOS

Nous avons commencé ce travail dans la paix et le calme. Nous pensions avoir tout loisir pour le mener à bien durant la fin de cette année.

Nous le terminons dans le temps de guerre plus hâtivement que nous ne comptions le faire, sur le point d'aller accomplir tout notre devoir envers la Patrie.

Que les circonstances dans lesquelles nous vivons nous soient une excuse si notre travail n'a pu être aussi complet que nous aurions aimé le voir.

Nous devons y joindre des photographies montrant le résultat de la cure de ces prolapsus génitaux. Nous n'avons pu entrer en leur possession.

De même, il faut nous contenter de deux observations pour étayer cette thèse, alors que M. le Professeur Charrier aurait pu, en temps normal, nous donner quatre de ses observations personnelles.

A nouveau, nous nous excusons.

Qu'il nous soit permis, au terme de nos études, de remercier nos maîtres de cette Faculté, qui nous ont enseigné ce que nous savons.

Qu'il nous soit permis de dire à tous nos amis, que des années de vie commune avaient su rendre chers, combien leur souvenir nous aidera dans le devoir que nous allons avoir à remplir, jour après jour.

PROLAPSUS GÉNITAUX

APRÈS AMPUTATION PÉRINÉALE

DU RECTUM

CHAPITRE PREMIER

LE PÉRINÉE

Avant d'aborder l'amputation périnéale du rectum, qui donne lieu par la suite à certains prolapsus, il nous sera utile de faire un rappel de l'anatomie du périnée, rappel qui nous permettra de mieux comprendre et de suivre l'exposé des faits.

Et, tout d'abord, qu'est-ce que le périnée et de quoi est-il composé ?

Nous allons emprunter cette description anatomique à nos traités classiques.

Le périnée représente l'ensemble des parties molles qui ferment en bas l'excavation pelvienne. Il ménage un passage, chez la femme, pour le vagin.

Le périnée est composé de deux parties : le périnée antérieur et le périnée postérieur.

Le périnée antérieur, ou génito-urinaire, comprend trois étages : l'étage supérieur est virtuel, il répond à la fente uro-génitale, qui sépare les deux releveurs; l'étage moyen répond à l'appareil de l'érection; l'étage inférieur ou superficiel est constitué par les muscles annexés aux organes érectiles.

Le périnée postérieur comprend deux étages : l'un, supé-

rieur, constitué par les insertions terminales du releveur de l'anus (raphé ano-coccygien et fibres pré et latéro-anales du releveur, qui entourent le cap anal); l'autre, l'étage inférieur, formé par le sphincter externe de l'anus.

Si nous étudions un peu plus en détail périnée antérieur et périnée postérieur, nous verrons que :

Le périnée antérieur, étage moyen, est constitué par l'appareil de l'érection, sa lame fixatrice ou aponévrose moyenne du périnée, et deux muscles : le sphincter strié de l'urètre et le transverse profond du périnée.

Dans l'appareil de l'érection, les corps caverneux sont fixés à la branche ischio-pelvienne et se fusionnent au-devant de la symphyse pour former le clitoris. Le corps spongieux de l'homme est remplacé par les deux bulbes vestibulaires commençant en arrière à peu près en regard de la partie moyenne de l'orifice vaginal. De là, ils se portent en avant, puis en dedans, pour se réunir en avant de ce dernier et venir ensuite se placer au-dessous de la juxtaposition des corps caverneux.

La lame fixatrice est une lame fibreuse résistante, épaisse, triangulaire, à sommet antérieur arrondi, répondant à l'ogive pubienne à base postérieure, présentant en arrière, sur la ligne médiane, une échancrure pour le passage du vagin. Les bords de l'échancrure sont fixés à la face supérieure des bulbes vestibulaires.

Sphincter strié de l'urètre : Disposé de manière semblable, il encercle l'urètre de la femme et présente des fibres antérieures qui se perdent sur la lame fixatrice, près du ligament transverse du pelvis et des fibres postérieures qui se fixent au tissu séparant l'urètre du vagin et, latéralement, au vagin lui-même.

Transverse profond : Il s'entrecroise avec celui du côté opposé, derrière le vagin. Il présente également une aponévrose de recouvrement.

Etage superficiel du périnée antérieur. — Il est constitué par les muscles annexés aux organes érectiles, ischio-caver-

neux, bulbo-caverneux, transverse superficiel du périnée et constricteur de la vulve. Ces muscles sont tapissés par l'aponévrose superficielle du périnée.

Ischio-caverneux : il naît sur l'ischion et sur la branche ischio-pubienne. De là, il se porte en avant et en dedans, pour venir se terminer sur le clitoris, au niveau de son coude. Il abaisse le clitoris, et, au moment du coït, applique le gland clitoridien contre le pénis.

Bulbo-caverneux : Il se détache du raphé préanal. De là, il se porte vers le coude du clitoris, où il se termine à la fois sur la face dorsale du clitoris et sur le ligament suspenseur. Réuni à celui du côté opposé, il forme, tout autour de l'orifice vulvaire, une sorte d'anneau, le constricteur du vagin, il a pour action de rétrécir l'orifice inférieur du vagin, d'abaisser le clitoris, de comprimer la veine dorsale du clitoris, de comprimer latéralement le bulbe et la glande de Bartholin.

Transverse superficiel : C'est un très faible faisceau musculaire triangulaire situé au-dessous de la lame fixatrice, au niveau du transverse profond.

En dehors, il se fixe donc à la face interne de la branche ischio-pubienne, et, en dedans, s'entrecroise avec celui du côté opposé, derrière le raphé médian d'union des bulbo-caverneux auquel les deux transverses superficiels se fusionnent. Action insignifiante vu sa faiblesse, il tend le raphé des bulbo-caverneux et facilite son action.

Entre ces trois muscles ischio-caverneux, bulbo-caverneux et transverse superficiel se trouve le triangle ischio-bulbaire, comblé par de la graisse et parcouru par quelques grêles vaisseaux et nerfs.

Constricteur de la vulve ou du vestibule : C'est une mince nappe musculaire placée en dedans du bulbe et de la glande de Bartholin, sur la paroi latérale du vagin. Il commence en arrière sur le raphé ano-bulbaire et se termine en avant sur la paroi antérieure du vagin et la cloison uréthro-vaginale.

Action : Il rétrécit l'orifice inférieur du vagin.

Tous les muscles de l'étage superficiel sont innervés par le rameau bulbo-urétral du nerf honteux interne.

Aponévrose superficielle du périnée : Cette aponévrose, sous-cutanée, recouvre les muscles du triangle ischio-bulbaire; latéralement, elle se fixe à la lèvre interne du bord inférieur de la branche ischio-pubienne. En arrière, sur la ligne médiane, elle se fixe au raphé ano-bulbaire, et latéralement contourne le transverse superficiel pour, derrière lui, rejoindre la lame fixatrice. Par sa face profonde, elle émet des prolongements qui forment les gaines d'enveloppe des muscles superficiels.

Creux ischio-anal : Au-dessous du releveur et de l'ischio-coccygien, de chaque côté du canal anal, existe un espace triangulaire sur une coupe frontale, c'est le creux ischio-anal. Il présente, en effet :

— une paroi externe, verticale ou très légèrement oblique en bas et en dedans, formée en arrière par l'ischion et en avant par le muscle obturateur interne doublé de son aponévrose. Celle-ci, à sa limite inférieure, est renforcée par la valve interne du grand ligament sacro-sciatique ou prolongement falciforme, et, dans ce renforcement, un canal est creusé : le canal d'Alcock, pour les vaisseaux et nerfs honteux internes;

— une paroi interne oblique en dedans et en bas, formée par le releveur et le sphincter externe de l'anus;

— une paroi inférieure, formée par la peau : aucune aponévrose ne la sépare du contenu du creux ischio-anal. Celui-ci est comblé par de la graisse où se développent assez souvent des suppurations, et traversé par des vaisseaux et nerfs à destination anale. Mais ce creux est prolongé en avant et en arrière, de telle sorte qu'il répond en réalité à toute l'étendue antéro-postérieure du périnée.

Prolongement postérieur : Il s'insinue entre le grand fessier en bas, dont les fibres inférieures s'infléchissent pour passer sous la partie la plus reculée du périnée postérieur, l'ischio-coccygien en haut, les ligaments sacro-sciatiques en

arrière et le raphé ano-coccygien en dedans. Celui-ci n'est uni à la peau sur la ligne médiane que par des tractus fibreux assez faibles si, normalement, ils constituent une barrière entre les prolongements postérieurs des deux creux ischio-anaux.

Prolongement très étroit, il s'insinue entre obturateur et releveur au-dessus de l'étage moyen du périnée antérieur, pour finir derrière la surface angulaire du pubis.

Rapports du rectum pelvien et du canal anal. — Il faut les distinguer selon trois étages :

Au-dessus du releveur, ce sont les rapports de l'ampoule rectale. Latéralement, l'ampoule rectale répond, par l'intermédiaire de sa gaine, au compartiment vasculaire de l'espace pelvi sous-péritonéal, ici très développé. Dans ce compartiment, se trouvent les vaisseaux hypogastriques et le plexus sacré, et l'artère hémorroïdale moyenne se porte vers les flancs du rectum. L'uretère est plus en avant.

En avant, le Douglas est un cul-de-sac vagino-rectal, car il descend derrière l'utérus et la partie supérieure du vagin. Ici aussi on peut y trouver le côlon pelvien ou des anses grêles.

Plus bas, le fascia vagino-rectal, vestige de l'accolement du fond du Douglas, sépare le rectum de la paroi postérieure du vagin.

Au-dessous du releveur, le canal est dans le périnée. Latéralement et en arrière, il répond au creux ischio-anal; en avant, il entre en connexion avec le périnée antérieur.

Sphincter externe ou strié de l'anus : C'est un manchon entourant les trois quarts inférieurs du canal anal. Il se compose de deux couches de fibres : l'une superficielle, l'autre profonde.

Moyens d'union entre périnée postérieur et périnée antérieur : Il y a un raphé dit ano-vulvaire, simple en arrière, bifurqué en avant, et, un peu plus profondément, quelques fibres d'union parfois dénommées muscle recto-vaginal. Au-

delà, on ouvre le plan de clivage du fascia vagino-rectal, et ici aussi on parvient aisément au Douglas.

Moyens de fixité du rectum. — Le meilleur moyen de fixité du rectum est constitué par le releveur dans l'amputation périnéale du rectum, sur laquelle nous allons revenir, celui-ci ne s'abaisse que lorsque les deux releveurs sont coupés. D'autre part, il est bien fixé par ses connexions périnéales. Enfin, il est soutenu, faiblement, par sa continuité avec le mésocôlon pelvien, et mieux par les lames sacro-recto-génitales, qui lui forment une sorte de hamac dans lequel il repose.

CHAPITRE II

Qu'est-ce au juste que l'amputation périnéale du rectum ?
Quelle est la technique opératoire ?

Il y a deux modes d'intervention : Tout d'abord, l'extirpation par la voie périnéale avec ablation du sphincter et l'extirpation avec conservation du sphincter.

Extirpation par la voie périnéale avec ablation du sphincter.

Si nous regardons la première opération selon la description qu'en fait Marion, nous voyons qu'elle se pratique de la façon suivante :

1° Dilatation de l'anus et lavage antiseptique.

2° Fermeture de l'anus : Un fil de soie est passé en surjet autour de l'anus, à 1 centimètre de l'orifice; le fil est ensuite serré et noué de façon à obtenir une fermeture en bourse de l'anus. Les fils non coupés serviront à tirer sur le rectum.

3° Incision : Un peu en arrière de la vulve, descend verticale, médiane en arrière, pour finir à peu près à l'articulation sacro-coccygienne. Le bistouri intéressera la peau, puis le tissu cellulaire progressivement, de façon à mettre à nu les fibres du releveur sur les côtés, le raphé des muscles périnéaux superficiels en avant.

4° Isolement de l'anus : L'anus tient en avant par deux étages : l'un, superficiel, résultant de l'entrecroisement du sphincter externe avec les muscles transverses superficiels et bulbo-caverneux; l'autre, profond, constitué par les faisceaux antérieurs du releveur de l'anus. Il tient sur les côtés par les fibres latérales de ce même releveur, et en arrière par

les fibres ano-coccygiennes dépendant, les unes, du sphincter externe; les autres, du releveur.

Ce sont tous ces éléments qu'il faut successivement sectionner pour libérer l'anus. Les vaisseaux intéressants sont les hémorroïdaux inférieurs et moyens, les premiers situés au-dessous du releveur et qui ont dû être sectionnés dans l'incision du tissu cellulaire, les seconds situés au-dessus du releveur. On ne doit pas s'en préoccuper : on les pincera s'ils saignent.

Pour libérer l'anus, on commencera par sectionner le sphincter externe en avant, et par décoller le rectum en le séparant du vagin.

A ce moment, il est possible d'introduire de chaque côté du rectum l'index qui soulèvera les fibres du releveur de l'anus. Ces fibres sont également rendues fort visibles par la traction que l'on peut exercer sur le fil qui maintient l'anus fermé. En attirant l'anus à droite, on verra nettement se tendre le releveur du côté gauche et inversement. On sectionnera alors d'un côté, puis de l'autre, les fibres de ce releveur.

En arrière, la libération du rectum se fera en prolongeant de chaque côté l'incision des releveurs jusqu'à la base du coccyx, ce qui permettra de détacher ce coccyx d'un coup de ciseau transversal donné à peu près à l'union du coccyx et du sacrum. Cette libération sera facilitée par l'attraction de l'anus en haut.

5° *Libération du rectum* : Le rectum à ce moment est fixé peu solidement : dans sa partie inférieure, du tissu cellulaire l'entoure de tous côtés et est facilement décollable; un peu plus haut, le péritoine le recouvre d'abord en avant, puis de plus en plus sur les côtés, et c'est ce péritoine qui constitue avec les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs ses moyens de fixité les plus solides. Aussitôt le coccyx sectionné et l'anus achevé d'isoler par sa libération en arrière, l'opérateur pratiquera le décollement du rectum de la face antérieure du sacrum. Pour cela, il n'a qu'à glisser la main

dans la concavité sacrée jusqu'au promontoire, le décollement s'opère sans la moindre difficulté.

Ceci fait, l'opérateur se reporte en avant, et pendant que le rectum est fortement attiré et refoulé en arrière par une valve, on aperçoit, sous l'aspect d'un feuillet un peu plus blanc, le cul-de-sac péritonéal, qui, tendu par la traction du rectum en arrière, est facilement ouvert d'un coup de ciseaux. A ce moment, le rectum, qui commençait à s'abaisser, descend de plus en plus. Pour achever de le faire descendre, il suffit de sectionner les lames péritonéales latérales. Cette section s'opérera par étages, le rectum étant successivement attiré d'un côté, puis de l'autre, afin de bien tendre les lames, des pinces étant mises à mesure sur elles, et celles-ci étant sectionnées à mesure entre les pinces et le rectum. Suivant que le néoplasme siègera plus ou moins haut, on prolongera cette section plus ou moins haut. Il est ainsi facile d'extraire peu à peu 20 et même 25 centimètres de rectum. On s'arrêtera quand le point au niveau duquel on pense sectionner le rectum affleuera sans difficulté ni traction, le niveau des téguments périnéaux. C'est à 5 bons centimètres au moins au-dessus de la limite supérieure du néoplasme que doit se faire cette section.

6° *Hémostase. Reconstitution des plans profonds. Drainage* : Les pinces seront remplacées par des ligatures. Le péritoine sera fermé en suturant le feuillet antérieur du cul-de-sac à la partie antérieure de l'intestin abaissé.

Les faisceaux des releveurs seront rapprochés en partie en avant et en arrière du rectum.

Un drain sera placé en arrière dans la concavité sacrée, un autre en avant, qui, passant à travers les releveurs rapprochés, ira jusqu'au cul-de-sac péritonéal. Ce drainage est très important. Il faut éviter les rétentions.

7° *Fixation du rectum* : Le rectum sera fixé au périnée à une place variable suivant qu'il s'abaissera plus ou moins facilement. Si l'abaissement est facile et qu'on dispose d'une

portion rectale suffisamment longue au-dessus du néoplasme, il y aura intérêt à implanter le rectum à travers une boutonnière pratiquée au niveau de l'entrecroisement des muscles transverse et bulbo-caverneux. Si, au contraire, la portion du rectum dont on dispose ne permet pas cette implantation antérieure transmusculaire, on abouchera simplement le rectum à la peau du périnée.

De toutes façons, la fixation du rectum sera pratiquée de la manière suivante : des catguts réuniront le pourtour du rectum aux tissus profonds, muscles, tissu cellulaire; puis des crins de Florence réuniront la paroi rectale à la peau.

On se gardera, du reste, de suturer hermétiquement la peau en avant et en arrière. En avant, il doit rester la place pour le drain placé devant le rectum. En arrière, on a intérêt à laisser la plaie aussi largement ouverte que possible, et l'on ne réunira le plan qu'immédiatement en arrière du rectum. En arrière sont placés un drain et des mèches, de préférence de gaze iodoformée.

8° *Section du rectum* : Pour réaliser jusqu'au bout l'opération aseptique, on placera sur le rectum, immédiatement au-dessous du point où il est fixé au périnée, un drain qui l'enserrera fortement, et c'est au-dessous de cette ligature que le rectum sera sectionné au thermocautère. Après la section, la muqueuse du moignon sera cautérisée énergiquement. Ainsi le rectum ne sera pas encore ouvert, et son ouverture ne se produira que quelques jours plus tard, grâce à la section opérée par la ligature élastique, alors que déjà la cicatrisation commencée mettra à l'abri de l'infection.

Extirpation par la voie périnéale avec conservation du sphincter (CUNÉO).

Dans ce deuxième procédé, on opérera de la façon suivante :

1° *Fermeture de l'anus et dissection de la muqueuse anale* : On fait la désinfection de l'anus, sa dilatation; un fil de soie

est passé circulairement autour de l'anus, qui se trouve fermé. On cautérise alors la muqueuse anale au centre. Incision de la peau tout autour du fil, puis dissection de la muqueuse sur tout le pourtour de l'anus aussi haut que possible.

2° *Décollement du rectum en avant* : Incision préanale, transversale, légèrement courbe, à concavité postérieure allant d'un ischion à l'autre. Pénétration dans la profondeur entre le rectum et le vagin. Après incision de la peau, on sectionnera le raphé des muscles superficiels du périnée, puis l'on décollera facilement le vagin du rectum jusqu'au cul-de-sac péritonéal de Douglas.

3° *Libération du rectum sur les côtés* : Lorsqu'on a pénétré en avant du rectum jusqu'au cul-de-sac péritonéal, on se trouve dans une cavité limitée de chaque côté par les releveurs de l'anus recouverts à la partie supérieure par leur aponévrose supérieure se continuant en haut avec les aponévroses sacro-recto-génitales.

Si l'on incise la gaine des releveurs le long de leur bord inférieur, on décollera de la façon la plus simple le muscle de son aponévrose supérieure. Passant alors les doigts entre le muscle et son aponévrose, il est très facile de contourner les faces latérales du rectum en les isolant des parois latérales du bassin.

Ceci fait, on sectionne de la superficie vers la profondeur les lames aponévrotiques afin de séparer leur portion antérieure de leur portion postérieure, qui doit venir avec le rectum. Cette section se fera jusqu'au cul-de-sac péritonéal, que l'on ouvrira à ce moment, prolongeant déjà l'incision du péritoine sur les parties latérales du rectum.

A ce moment, on tamponnera la cavité prérectale.

4° *Libération du rectum en arrière* : Incision antéro-postérieure commençant à 2 centimètres en arrière de l'anus et prolongée jusque sur le sacrum. Après section de la peau et

du tissu cellulaire, mise à jour des fibres postérieures du releveur de l'an us et du coccyx, que l'on isole et que l'on résèque au niveau de son articulation avec le sacrum. On peut alors attirer en avant les fibres du releveur et pénétrer dans l'espace rétro-rectal.

Avec la main, on s'enfonce dans cet espace rétro-rectal, immédiatement devant le sacrum, au contact même de cet os, et l'on procède au décollement du rectum sur sa face postérieure. Ce décollement sera poussé jusqu'au promontoire non seulement sur la partie médiane, mais aussi sur les parties latérales.

5° *Section du rectum au-dessus de l'an us* : Le rectum à ce moment doit être isolé des parois du bassin, il tient en bas par ses fibres musculaires pénétrant dans l'entonnoir des releveurs. On va le sectionner immédiatement au-dessus de ceux-ci, au-dessous du manchon de la muqueuse que l'on a décollé tout au début. Pour cela, un doigt est introduit dans l'an us dénudé, il refoule le moignon muqueux et soulève la paroi rectale, que l'on incise à ce niveau. Une fois qu'une boutonnière est faite, elle est agrandie, et la paroi musculaire du rectum est sectionnée sur tout son pourtour.

6° *Abaissement du rectum* : Le rectum peut être amené dans la plaie postérieure, et l'on abaisse alors, comme on le fait dans l'opération périnéale, où l'on sacrifie le sphincter. C'est dire que l'on sectionne progressivement les lames péritonéales du méso-rectum le long de l'intestin, ce qui permet l'abaissement progressif de celui-ci.

Chemin faisant, les vaisseaux hémorroïdaux moyens sont pincés et sectionnés, puis les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs sont liés et sectionnés au niveau du point où l'on pense devoir faire la section du rectum. Dans les tissus qui se trouvent à la partie postérieure du rectum, doivent se trouver les ganglions que l'on a décollés du sacrum en même temps que l'intestin.

7° *Section du rectum au-dessus du néoplasme* : La section doit passer à trois bons travers de doigt au-dessus de la limite supérieure du néoplasme. On commencera par pratiquer une ligature au-dessus et au-dessous du point où l'on doit faire la section, et entre les deux fils on sectionnera le rectum au thermocautère; on cautérisera ensuite le moignon énergiquement.

8° *Fermeture du péritoine* : Le rectum étant abaissé au maximum et attiré en arrière, on fixera sur lui les bords de la brèche péritonéale. Ainsi se trouvera fermé le péritoine, et le rectum sera déjà fixé.

9° *Mise en place du rectum* : Le rectum est attiré dans l'anus avivé. Quelques points profonds au catgut le fixent au bord des releveurs, puis d'autres points le fixent au tissu cellulaire sous-cutané. A ce moment, on peut enlever le fil qui ferme le rectum et adosser la peau à la muqueuse rectale.

10° *Drainage et tamponnement des plaies antérieures et postérieures.*

CHAPITRE III

LE PROLAPSUS GENITAL

Le prolapsus génital non consécutif à l'amputation périnéale du rectum a été longuement étudié. Ses causes ont été soigneusement enregistrées et ramenées à plusieurs étiologies, à savoir principalement : un état diathésique altérant la qualité des tissus; un état physiologique : l'atrophie sénile; un état pathologique : l'infection de l'appareil génital, et souvent aussi une cause obstétricale.

Ce prolapsus génital, dont la cure se confond avec celle des grandes cystocèles vaginales, a vu préconiser de nombreux procédés opératoires. Karl Jonard, dans sa thèse de 1933, les passe successivement en revue. Nous pouvons les reprendre rapidement, car nous aurons à nous en inspirer partiellement dans le prolapsus génital après amputation périnéale du rectum, tenant compte alors de ce que nous aurons été obligé, dans cette opération, de sectionner les releveurs et que souvent y sera associée l'ablation de la cloison recto-vaginale.

Donc, dans le prolapsus génital, où l'amputation périnéale n'entre pas en ligne de compte, nous trouvons un des moyens de réduction suivants :

— *L'hystéropexie directe* : Fixation de l'utérus à la paroi abdominale, Terrier pratiquant l'hystéropexie isthmique, Kocher suturant la matrice dans l'épaisseur de la paroi.

— *L'hystéropexie indirecte* : Suspension de l'utérus par les ligaments ronds, ou plus rarement les ligaments utéro-sacrés, accompagnée de colpo-périnéorrhaphie dans les petites cystocèles, ce qui est insuffisant dans les grandes.

— *La fixation du moignon du col* après hystérectomie sub-totale par des techniques différentes employées par Jacobs, Delassus, Hautefort.

— *La voie basse*, où deux procédés sont à retenir :

- 1° L'interposition vésico-vaginale de l'utérus : C'est l'opération de Schauta, qui a été et est d'ailleurs peu pratiquée en France;
- 2° L'opération sur le périnée : Colpectomie avec myorraphie.

Dans le traitement des grandes cystocèles, il nous faut noter :

— *L'opération de Le Fort* : Elle consiste à faire un large avivement des parois vaginales, que l'on accole sur une large étendue, ne ménageant que deux pertuis latéraux pour l'écoulement des sécrétions vaginales.

— *La colpectomie totale* : C'est le procédé de Muller, vulgarisé en France par Savariaux et Dujarier. On supprime le vagin en disséquant deux lambeaux vaginaux, on décolle la vessie, on ampute le col, enfin on termine par un enfouissement progressif de l'utérus de haut en bas.

— *L'hystéro-colpectomie* : Opération mutilante, puisqu'elle exige la suppression de l'utérus et réduit presque en totalité le vagin. Opération réalisée par Fritsch, reprise en France par Chaput et Pozzi, recommandée par Lapointe.

— *La cysto-hystéropexie par voie haute* (Prof. Marion) : Cette opération comprend plusieurs temps que nous n'allons faire qu'énumérer rapidement, de façon à revoir la technique employée :

- a) Mise en place de deux sondes urétérales dans les urètres;
- b) Laparotomie médiane sus-pubienne;

- c) Incision du cul-de-sac vésico-utérin;
- d) Décollement de la vessie, de l'utérus et du vagin;
- e) Suture du bas-fond vésical à la partie supérieure de la partie avivée de l'utérus;
- f) Fermeture du péritoine du cul-de-sac vésico-utérin;
- g) Fixation de l'utérus à la paroi abdominale;
- h) Suture du péritoine pariétal;
- i) Suture des muscles;
- j) Réparation du périnée postérieur.

Cette dernière technique est préconisée par Karl Jonard, qui y voit l'opération type.

CHAPITRE IV

LE PROLAPSUS GENITAL APRES AMPUTATION PERINEALE

L'amputation périnéale du rectum chez la femme, surtout quand on y associe l'ablation de la cloison recto-vaginale, crée des conditions éminemment favorables à l'apparition d'un prolapsus génital : suppression large des releveurs de l'anوس et du nœud fibro-musculaire du périnée; suppression du soutien formé à la paroi antérieure du vagin par la paroi postérieure de l'organe; création d'une large brèche périnéale avec disparition du moyen de soutènement formé par le rectum. Il semblerait logique de penser qu'après une amputation périnéale du rectum on puisse observer un grand nombre de prolapsus génitaux.

Or, il n'en est rien, et les séquelles de l'exérèse du rectum n'ont pas paru jusqu'ici retenir beaucoup l'attention des chirurgiens.

Les traités classiques ne font pas mention de cette complication, qui passe évidemment au second plan des préoccupations du chirurgien au cours du traitement du cancer du rectum.

De même dans les traités de gynécologie, nous avons pu remarquer que l'amputation périnéale du rectum n'est pas mentionnée parmi les causes exceptionnelles de prolapsus génital.

En 1920, dans une discussion à la Société de chirurgie, M. Schwartz note que M. Quénu a insisté depuis longtemps sur les avantages de l'abaissement de la sigmoïde au périnée pour soutenir la vessie, et il se préoccupe de la fermeture partielle de la brèche périnéale par adossement à l'aide de sutures de deux murs latéraux de l'excavation.

Dans un article récent de la *Revue de chirurgie* (juin 1938,

p. 423), MM. Ducuing et Grimoux ont rappelé les inconvénients du « déroulement vésical » en ces termes :

« ... Mais deux autres inconvénients sont à signaler dans la période postopératoire : le premier est la lenteur de la cicatrisation de la plaie périnéale; le deuxième est le prolapsus de la vessie. La plaie périnéale est constituée par une large cavité qui se comble très lentement et même difficilement s'il persiste en avant un fragment de la muqueuse vaginale. En outre, même lorsqu'on a conservé toute la colonne antérieure du vagin, la vessie est privée de ses principaux appuis anatomiques et, ce qui est plus grave, il ne reste pas dans la cavité pelvienne un seul élément pouvant servir à la réparation chirurgicale de cette cystocèle. Le « déroulement » de la vessie, qui constitue un véritable ballon appendu au périnée, et les troubles urinaires qui l'accompagnent, ajoutent une pénible infirmité à des malades n'ayant plus d'appareil génital et déjà pourvues d'un anus iliaque ou d'une colostomie périnéale ne fonctionnant pas toujours d'une façon parfaite. »

Ils estiment par contre que la conservation de l'utérus, surtout avec abaissement du côlon au périnée, ferme à peu près complètement le défilé pelvien et « permet souvent d'éviter le prolapsus ou de le réparer s'il vient à se produire ».

Les deux cas recueillis par le Docteur Magendie, l'un en clientèle, l'autre dans le service de notre Maître le Professeur Papin, montrent que l'ablation isolée de la cloison recto-vaginale, malgré la conservation de l'utérus au cours de l'amputation périnéale, peut également être suivie de prolapsus, non seulement de la vessie, mais encore du cul-de-sac de Douglas reconstitué.

Ces prolapsus génitaux avec cystocèle et hédrocèle posent des problèmes intéressants au point de vue de leur traitement curatif, mais aussi peuvent prêter à quelques considérations pratiques au point de vue de leur prophylaxie.

Voici ces deux observations résumées :

OBSERVATION I.

G... (Octavie) est une femme de 68 ans, grasse, hypertendue. Elle présente un petit cancer ulcéro-végétant de 2 centimètres de diamètre environ à la face antérieure du rectum, dans la cloison recto-vaginale, à 4 centimètres de l'anüs.

De plus, elle a une cystocèle assez nette avec descente du col qui n'affleure pas tout à fait la vulve. On lui a déjà proposé il y a dix ans pour cela une intervention qu'elle a refusée, ne se trouvant pas gênée.

Après anus de dérivation préalable, est pratiquée, le 13 juillet 1938, une amputation périnéale du rectum avec résection de la totalité de la cloison recto-vaginale et abaissement de la sigmoïde fixée sur un drain au sommet de la brèche. Le coccyx a été réséqué. Les sections ont été faites au bistouri électrique. Le péritoine est suturé comme d'habitude à la face antérieure de la sigmoïde. Mikulicz périnéal après avoir mis trois ou quatre points de rapprochement sur la peau.

Suites parfaites, mais, dès les premières semaines, on assiste, malgré le décubitus horizontal, à l'accroissement rapide du prolapsus vésical en même temps que se déroule la paroi postérieure formée par le cul-de-sac péritonéal de Douglas. Le lever et les premiers essais de marche sont considérablement gênés par cette tumeur qui pend entre les jambes de la malade.

Le 5 novembre 1938, quatre mois après son opération, elle revient consulter parce qu'elle est devenue une véritable infirme, condamnée au repos au lit continu. Le prolapsus est « total » par déroulement complet du vagin. La tuméfaction a le volume d'une tête fœtale. Son pôle intérieur est occupé par le col, rouge, exulcéré, suintant. En avant, la vessie est presque entièrement dans la tumeur. En arrière, sous le péritoine du Douglas, énormément distendu et tapissé d'une muqueuse exulcérée et saignante, on voit les anses grèles dessiner des mouvements de reptation.

La réduction se fait avec assez grande difficulté dans le décubi-

tus dorsal, mais le prolapsus se reproduit impérieusement dès qu'on diminue la pression.

Des douleurs vives dans les reins surviennent à certains moments et ne sont calmées que par la réduction temporaire. Par ailleurs, l'état général est excellent, et il n'y a aucun signe de récurrence.

La malade réclame impérieusement une intervention que l'on tente malgré les conditions difficiles dans lesquelles se présente cette cure.

D'abord cette malade est mise au repos absolu au lit pendant un mois avec des pansements biquotidiens pour faire guérir ces ulcérations; puis, sur les conseils de M. le Professeur agrégé Charrier, intervention par voie abdominale sous anesthésie générale à l'éther. Par tractions progressives et soutenues sur un petit utérus involué du volume du pouce, réduction de l'énorme masse. Le col apparaît extrêmement allongé et rétréci.

Le 13 décembre 1938, exécution de l'opération en trois temps essentiels :

1° Cystopexie abdominale : Décollement vésical après incision du cul-de-sac vésico-utérin. La vessie est attirée vers le haut, réduisant ainsi par traction la cystocèle qu'on refoule habituellement par colpectomie et colporrhaphie basse.

2° Hystéropexie isthmique avec 4 soies passées dans la paroi.

3° Manœuvre de Marion : Cloisonnement soigneux d'un énorme cul-de-sac de Douglas par trois étages de sutures en bourse au catgut.

La paroi est refermée en trois plans. Suites simples.

Quinze jours après, on referme le vagin ainsi reconstitué par une sorte de cloisonnement de Lefort, en adossant par des plans de catgut la paroi antérieure du vagin avivée à la paroi postérieure formée par le péritoine du Douglas et la sigmoïde. Deux grosses soies ferment partiellement la brèche cutanée après avivement entre le vagin et l'anus sigmoïde.

Au bout de deux semaines, cette femme quittait la Maison de Santé en excellent état. Elle a donné récemment de ses nouvelles. Elle est transformée. Elle se lève toute la journée. Ses maux de reins ont disparu. La cure du prolapsus a parfaitement tenu.

OBSERVATION II.

B... (Jeanne), 53 ans, est confiée en remplacement à M. le Professeur agrégé Magendie par M. le Docteur Charbonnel dans son service hospitalier. Depuis trois mois, diarrhée mêlée de glaires et de sang avec incontinence. Au toucher rectal, induration bourgeonnante en virole à 3 centimètres de l'anus, saignant au contact.

On note un bombement de la paroi postérieure du vagin quand la malade pousse (rectocèle légère). Elle a accouché une fois à 20 ans, spontanément et sans déchirure périnéale.

Avec le diagnostic de cancer du rectum, intervention le 8 septembre 1938. Amputation périnéale du rectum très large, parce que des coulées d'apparence néoplasique infiltrèrent les ailerons, surtout à droite, jusqu'au péritoine, et résection partielle de la cloison recto-vaginale jusqu'au-delà de la tumeur qui y adhère. Abaissement de la sigmoïde sur un drain au fond de la brèche. Le coccyx a été réséqué. Sections au bistouri ordinaire. On reconstitue par sutures une étroite cavité vaginale. Rapprochement de la peau par 4 crins doubles. Mikulicz.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce a montré qu'il ne s'agissait pas de cancer, mais d'inflammation chronique (lympho-granulomatose). La réaction de Frei a été négative.

Suites simples, mais les sutures reconstituant le vagin cèdent le huitième jour et tout se désunit. Cicatrisation rapide sans incident.

Deux mois après, la malade entre dans le service de notre Maître M. le Professeur Papin pour un prolapsus génital, qui, dit-elle, l'empêche de marcher. Elle a effectivement une cystocèle assez marquée avec hernie postérieure du Douglas. La réduction est facile, mais la contention impossible.

Cette malade est gardée pendant quelque temps en observation dans le service, son psychisme est assez anormal. En réalité, le prolapsus ne semble pas augmenter, au contraire. Sous l'influence de la cicatrisation, qui s'est achevée, il a plutôt régressé légèrement. Il n'y a ni maux de reins, ni troubles urinaires.

Sur les conseils de notre Maître M. le Professeur Papin, abstention dans ce cas léger.

Voilà donc *un premier cas* dans lequel une cystocèle très peu gênante depuis dix ans s'est transformée brusquement en quelques semaines, après une amputation périnéale du rectum, en un prolapsus total avec volumineuse hédrocèle rendant la malade complètement infirme; *et un deuxième*, dans lequel une légère rectocèle datant de plus de trente ans a abouti après la même intervention à un prolapsus du troisième degré, mais moins gênant que le précédent et n'imposant pas absolument l'opération

CONCLUSIONS

On peut donc observer chez la femme, après amputation périnéale du rectum avec ablation totale ou partielle de la paroi antérieure du vagin, des prolapsus génitaux. Tantôt il ne s'agit que de l'aggravation très considérable et très repide, il est vrai, d'un prolapsus léger antérieurement constaté; tantôt on ne trouve aucune notion d'un prolapsus dans les antécédents de la malade, mais avant d'attribuer à l'amputation périnéale la responsabilité totale de cette complication, il faudrait être certain qu'elle n'existait pas déjà à l'état d'ébauche passée inaperçue avant l'opération.

Ces cas de prolapsus sont rares, et l'on est surpris qu'ils ne soient pas plus nombreux et plus souvent observés.

Causes prédisposantes du prolapsus. — Le point de technique dans l'amputation périnéale du rectum qui semble être la principale cause du prolapsus est la résection de la cloison recto-vaginale non suivie de reconstitution du tube vaginal ou terminée par une désunion des sutures.

Enfin, on peut peut-être aussi incriminer la présence au fond de la brèche périnéale d'une anse sigmoïde laissée ouverte, qui déverse, malgré l'exclusion, par l'anus iliaque, quelques glaires septiques, empêche le rapprochement d'emblée des bords postérieurs de la plaie périnéale et en retarde par suite la cicatrisation.

Traitement curatif. — Il vaut mieux cliver la paroi postérieure du vagin que la réséquer dans tous les cas où le cancer ne siège pas sur la paroi antérieure du rectum. Le gain de temps apporté par la résection ne compense pas les incon-

vénients d'une résection systématique et non indiquée par l'envahissement néoplasique. La résection de la cloison, faite uniquement dans un but de facilité technique, doit donc être proscrite.

Il vaut mieux fermer par invagination au fond de la brèche le bout de la sigmoïde, exclue par la présence de l'anus iliaque gauche.

On peut aussi fermer partiellement la partie postérieure de l'énorme cavité périnéale, en mieux diriger la cicatrisation et espérer qu'un bloc fibreux cicatriciel se posera à la descente des organes.

La cure des prolapsus met en évidence la valeur des opérations abdominales, vers lesquelles on tend à revenir aujourd'hui, avec l'hystéropexie isthmique, le cloisonnement du Douglas et la manœuvre de la cystopexie par voie abdominale, qui semble apporter à cette cure un utile complément.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

PIERRE MAURIAC.

F. PAPIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 22 septembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

G. ROUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

DUCUING et GRIMOUD. — L'opérabilité et les opérations élargies dans le cancer du rectum chez la femme. *Revue de chirurgie*, n° 6, juin 1938.

JONARD (Karl). — De la cure des grandes cystocèles vaginales. Thèse Paris, 1933.

En dehors de ces deux références, malgré une bibliographie sérieuse et complète, il nous a été impossible de trouver d'autres travaux qui auraient pu directement nous intéresser dans la question traitée.

